Dr P. COŸNE
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE Ve CADORET
17, Rue Montméjan, 17
—
1895

Services dans l'Enseignement.

Prosecteur de l'École de médecine d'Alger (concours de 1865). Années 1866 et 1867.
Aide de clinique de la Faculté de Paris (hôpital de la Charité). Années 1873, 1874, 1875.
Directeur du laboratoire des cliniques de la Charité. Année 1876.
Professeur d'anatomie pathologique et d'histologie élémentaire à la Faculté de médecine de Lille, 1er septembre 1876.
Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, 16 juin 1878.
Membre élu du Conseil académique de Bordeaux de 1880 à 1886.
Délégué au Conseil général des Facultés de Bordeaux de 1886 à 1889.
Assesseur du doyen de 1886 à 1889.
Juge du concours d'agrégation de médecine (concours 1888-1889).

Services publics divers.

Interne titulaire en médecine des hôpitaux d'Alger (concours de 1865, 1er du concours). Années 1865, 1866, 1867.
Externe des hôpitaux de Paris, 1868.
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. Années 1869, 1870, 1871, 1872, 1873.
Médecin de l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux depuis février 1881.
Membre du Conseil central d'hygiène de la Gironde depuis 1882.

Conseiller municipal de Bordeaux, 1884-1888.

Membre de la Commission des logements insalubres, 1885, 1887.

Membre de la Commission dite des stations thermales depuis 1885.

Membre du Conseil sanitaire de la Gironde (délégué du Conseil municipal) de 1884 à 1892.

Membre du Comité départemental de la Gironde pour la protection des enfants du premier âge, 1887-1888.

Médecin-major du 115e mobilisé (campagne sous Paris et Buzenval), 1870-1871.

Récompenses et Titres honorifiques.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1874.

Lauréat de l'École de médecine d'Alger; prix. Années 1865, 1866, 1867.

Lauréat des hôpitaux d'Alger (prix Poisson) pour un mémoire sur la syphilis des centres nerveux, 1867.

Lauréat des hôpitaux de Paris, concours de 4me année, 2me mention, 1873.

Lauréat de la Faculté de Paris, pour sa thèse inaugurale, *Recherches sur la muqueuse laryngée*, 1874.

Récompense de l'Institut partagée avec le docteur Budin à l'occasion des recherches sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique, 1875.

Officier d'Académie, 1881.

Officier de l'Instruction publique, 1887.

Président de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Années 1893, 1894, 1895.

Vice-président de la Société de gynécologie, obstétrique et pædiatrie. Années 1894, 1895.

Sociétés savantes.

Membre titulaire de la Société anatomique de Paris, 1871, 1877; devenu correspondant par suite de son éloignement de Paris.

Membre titulaire de la Société de biologie, 1876; devenu correspondant par suite de son éloignement de Paris.

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux depuis 1881.

Membre de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Bordeaux depuis 1892.

PUBLICATIONS

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

---

1. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx.

Thèse de doctorat en médecine faculté de Paris, par P. Coyne, ancien interne des Hôpitaux. Paris, 1874.

Ce travail met en lumière un certain nombre de faits anatomiques nouveaux dont l'importance est considérable au double point de vue de la physiologie et des conséquences anatomo-pathologiques.

Nous avons démontré, en effet, que les couches superficielles de la muqueuse laryngée, immédiatement situées au-dessous du revêtement épithélial étaient formées par du tissu réticulé lymphoïde identique à celui qui constitue la charpente du ganglion lymphatique. Nous avons signalé en certains points de cette muqueuse et dans les mêmes régions superficielles, l'existence de follicules clos lymphatiques très visibles à l'état normal.

Les cordes vocales inférieures qui constituent les véritables rubans

vocaux, sont recouvertes sur leur bord libre et dans les parties avoisinantes de leur face supérieure et de leur face inférieure, par un épithélium dermo-papillaire qui tranche avec l'épithélium cylindrique à cils vibratiles qui recouvre cette muqueuse dans tout le reste de son étendue. Au-dessous de cet épithélium dermo-papillaire, nous avons signalé la présence de papilles vasculaires et nerveuses.

Nous avons appelé l'attention sur la richesse en glandes de la muqueuse laryngée et fait connaître la distribution ainsi que la structure de ces formations anatomiques. Nous avons plus particulièrement décrit deux groupes glandulaires situés l'un sur la face supérieure, l'autre sur la face inférieure de la corde vocale et dont les conduits excréteurs sont orientés de telle façon qu'ils dirigent les produits sécrétés sur le bord libre de cette corde vocale.

Enfin nous avons signalé la modification subie par l'épithélium qui revêt le bord libre de la corde vocale supérieure, épithélium qui de cylindrique simple, est devenu cubique à couches multiples. Cette modification paraît correspondre aux frottements subis par cette région.

2. Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme.

Par P. Budin et P. Coÿne, interne des hôpitaux.
(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1875).

De ce travail, il ressort les faits suivants :

L'administration du chloroforme amène du côté de la pupille une série de modifications qui sont en rapport avec l'état de la sensibilité. En effet, pendant la période d'excitation, lorsqu'on la constate, la pupille est dilatée. Cette période franchie, la pupille se contracte progressivement tout en restant sensible aux excitations. Enfin, pendant la période d'anesthésie chirurgicale profonde, on observe du côté de la pupille deux phénomènes constants qui sont : 1° une immobilité absolue de cet organe ; 2° un état de contraction. On peut dire qu'il

existe un rapport certain entre l'immobilité absolue du sujet et la contraction avec immobilité de la pupille, entre le retour à la sensibilité et la dilatation avec mobilité de cet organe.

Il résulte de l'observation de ces faits et de leur constatation que l'état de la pupille peut, au point de vue de la sensibilité, servir de guide dans l'administration du chloroforme. La dilatation lente de la pupille survenant pendant une opération indique que l'anesthésie est moins profonde et que le retour de la sensibilité est proche ; si donc on veut, pendant une opération de longue durée, que le malade reste complètement insensible, on devra diriger l'anesthésie de telle façon que les pupilles restent constamment contractées et immobiles.

Les efforts de vomissement produisant la dilatation pupillaire font disparaître l'immobilité et amènent le réveil. Ils annihilent par conséquent en partie les effets de l'anesthésie.

Dans l'étude des phénomènes pupillaires, il est important de ne pas confondre l'anesthésie chloroformique avec l'anesthésie asphyxique. Cette dernière amène, en effet, du côté de l'orifice pupillaire, des phénomènes très différents qui sont l'immobilité en demi-dilatation avec insensibilité dans une asphyxie de moyenne intensité ; dilatation très prononcée lorsque l'asphyxie est devenue menaçante.

En dernier lieu, il ressort de nos expériences, et c'est le dernier point que nous devons signaler, que si l'état de l'iris peut servir de guide pour la direction de l'anesthésie, il ne saurait faire pressentir l'imminence des accidents ; ce sont l'état du pouls, de la respiration et l'état général des malades qui servent de guide et que l'on devra suivre constamment pendant la durée de la chloroformisation.

3. Recherches sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique, l'asphyxie et sur certains effets de l'apomorphine.

Par M. P. Coÿne et P. Budin.
(*Gazette médicale de Paris*, 1875.)

Dans ce travail expérimental entrepris dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, nous avons pu démontrer, contrairement aux affir-

mations très nettes de M. David, préparateur de M. le professeur Prévost (de Genève) et de M. Dujardin-Beaumetz, que les chiens endormis par une anesthésie chloroformique profonde et absolument chirurgicale ont présenté des vomissements sans qu'un réveil momentané se produisît. Il est vrai que cet effet vomitif a été retardé dans sa production et n'a été obtenu qu'en augmentant les doses d'apomorphine injectée sous la peau.

D'autre part, l'apomorphine produisait des accidents intestinaux caractérisés par une diarrhée séreuse d'abord, puis séro-sanguinolente et pouvant devenir hémorrhagique. Cette diarrhée correspondait à des lésions congestives très intenses dans la partie supérieure et moyenne de l'intestin grêle, allant en s'atténuant pour disparaître après la valvule iléo-cœcale. Cette congestion était caractérisée par des lésions de dilatation vasculaire et de diapédèse des hématies ainsi que de diffusion de la matière colorante du sang dans la partie centrale des glandes en tubes et colorant l'épithélium de ces glandes.

Nous avons également étudié l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique et chloralique; nous avons suivi les modifications qui se produisent dans cet organe lorsque surviennent des efforts de vomissements et nous avons vu que la pupille, d'abord sensible à la lumière, devient paresseuse et cesse d'être impressionnée par cet excitant. Mais alors elle s'élargit progressivement et cette dilatation est excessive pendant la période d'excitation.

Si on pousse plus loin l'action du chloroforme, au fur et à mesure que l'anesthésie chirurgicale s'établit, la pupille se contracte lentement et progressivement pour se dilater brusquement à chaque excitation sensible périphérique forte. L'absence de réaction de la pupille aux excitations cutanées violente annonce l'établissement de l'anesthésie chirurgicale, qui est caractérisée : 1° par une immobilité de l'ouverture pupillaire, qui reste dans le même état, quelles que soient les excitations auxquelles on soumette le patient ; 2° un état de contraction et d'atrésie de la pupille variable avec les sujets, mais qui, chez les chiens, peut amener cet orifice à être véritablement punctiforme.

Enfin nous avons étudié les phénomènes pupillaires dans l'asphyxie

et établi expérimentalement les différences que présentent ces phénomènes dans l'anesthésie asphyxique et dans l'anesthésie chloroformique.

Il résulte de nos expériences que l'asphyxie à la période anesthésique donne lieu à une dilatation avec immobilité de la pupille.

Ce qui permet de différencier l'anesthésie chloroformique simple de l'anesthésie asphyxique.

4. Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne.

Thèse présentée et soutenue au concours pour l'agrégation (section d'anatomie et de physiologie, par M. P. Coyne, ancien interne lauréat des hôpitaux, Paris, 1876.)

Ce travail, fait dans des conditions particulièrement difficiles, a comblé une lacune importante qui existait dans la littérature anatomique française. Les recherches sur l'oreille interne et ses parties molles en étaient restées aux résultats exposés dans les mémoires de Löwenberg sur les membranes et les canaux du limaçon parus en 1864, et sur la lame spirale du limaçon de l'oreille de l'homme et des mammifères publié en 1867. Tous les travaux si nombreux et si intéressants publiés en Allemagne sur la structure et le développement des parties molles de l'oreille interne restaient lettre close pour ceux des anatomistes français qui ne lisaient pas couramment la langue allemande et qui n'avaient pas à leur disposition la plupart des collections importantes anatomiques, physiologiques, zoologiques et otologiques de ce pays.

En effet, il a fallu dépouiller complètement les collections suivantes : *Virchow's Archiv für pathologische anatomie, Archiv für ohrenheilkunde, Monatschrift für ohrenheilkunde, Siebold und Kölliker zeitschrift für Wissensch. zoologie, Archiv für mikroskopische Anatomie* et plusieurs ouvrages didactiques ou de nombreux mémoires spéciaux pour arriver à établir l'état de nos connaissances au moment où cette thèse a été rédigée.

5. **Nerf facial** (anatomie et physiologie).

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de Lille (art. du Dict. encyclopédique des sciences médicales, 4e série, vol. 1, 1877.)

Cet article donne l'état complet des connaissances anatomiques et physiologiques acceptées par tous au moment où il a été publié.

6. **Face** (anatomie et développement).

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de Lille (art. du Dict. encyclopédique des sciences médicales, 4e série, vol. 1, 1877).

Ce travail renferme une description claire des diverses parties de la face et se termine par un résumé du développement de cette région.

7. **Note sur les terminaisons des nerfs dans les glandes sudoripares de la patte du chat.**

Par M. Coÿne.

(*Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 20 mars 1878).

Sur la demande de mon maître, M. le professeur Vulpian, j'ai été amené à faire des recherches sur la distribution anatomique des nerfs dans les glandes sudoripares. J'ai pu démontrer à l'aide d'une série de préparations faites sur la patte du chat, que du plexus nerveux sous-cutané siégeant au niveau des lobules des glandes sudoripares partent des filets nerveux formés de fibres amyéliniques qui s'accolent à la face extérieure des tubes glandulaires et disparaissent dans les parois du tube glandulaire; il a été impossible de suivre plus loin leur distribution, le chlorure d'or, par sa réduction, ayant rendu l'épithélium glandulaire absolument opaque. Mais il ressort de nos recherches que les glandes sudoripares reçoivent de nombreux filets nerveux provenant du plexus profond de la peau.

8. **Oreille** (Anatomie et physiologie).

Par le Dr Coÿne, professeur à la Faculté de Bordeaux.

(*Art. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de 151 pages in-8, 2me série, vol. XVII, 1882).

Cet article n'est pas seulement un travail de compilation; il est le résultat d'un travail assidu de vérification, commencé en 1877 et terminé seulement en 1881. Tous les faits avancés dans les ouvrages didactiques et dans les mémoires particuliers, dont un grand nombre étaient inconnus en France, ont été repris, examinés à nouveau et vérifiés.

J'ai pu signaler aussi dans le conduit auditif externe la portion flaccide de la membrane du tympan, ou membrane de Schrappnell. Dans l'oreille moyenne, bien des faits relatifs à la structure de la muqueuse tympanique ou bien de la trompe d'Eustache, ont été mis en lumière. Notamment la forme en crochet du cartilage de ce conduit ainsi que les glandes qui existent dans l'épaisseur de la muqueuse qui le tapisse.

J'appellerai également l'attention sur l'étude des canaux demi-circulaires et des cupules terminales dans la portion vestibulaire, sur la structure de la membrane de Reissner et l'épithélium qui la tapisse, sur la membrane de Corti, ses insertions et sa structure; sur les ganglions des nerfs acoustiques dans la colonne cochléaire et sur les fibres nerveuse commissurales. Tous ces points étaient nouveaux et eussent comporté autant de mémoires distincts, si des circonstances très pénibles ne m'eussent empêché de donner à ces travaux toute la publicité désirable.

On peut dire toutefois que, par son importance, par le nombre et la variété des recherches originales et bibliographiques qu'il a nécessitées, cet article est un véritable travail original. D'ailleurs j'ai repris plus tard, dans des publications ultérieures, plusieurs des points que je viens de signaler.

9. Ouïe.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de Bordeaux.

(*Article de physiologie du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 44 pages in-8, 2me série, tome XVIII, 1882).

Ce travail est la mise au point des notions enseignées dans tous les ouvrages classiques et vérifiés dans les années qui ont précédé sa publication.

10. Contribution à l'étude de la cupule terminale.

Par P. Coÿne et le Dr G. Ferré.

(*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, 1884).

Dans ce travail, résumant des recherches antérieures, nous avons décrit complètement les cupules terminales ainsi que la structure de ces formations remarquables et nous avons établi l'analogie si frappante qui existe entre le revêtement de ces organes et la membrane de Corti. J'avais, dans l'article *Oreille* résumant mes recherches personnelles, déjà signalé cette identité de structure. Mais la description nécessairement rapide que j'en avais faite m'avait amené à reprendre plus en détail ce sujet avec l'aide d'un de mes élèves mêlé depuis longtemps à mes travaux et qui, par son habileté comme dessinateur, avait pu s'initier à tous leurs détails.

11. Périnée.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de Bordeaux.

(*Article d'anatomie du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 15 p. in-8°, 2e série, t. XXIII, 1887).

Ce travail consiste en un résumé complet de l'anatomie et de la physiologie de cette partie du plancher du bassin et donne les notions

indispensables pour comprendre les applications à la pathologie et les interventions chirurgicales qui se pratiquent dans cette région.

12. Recherches sur l'oreille interne.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté et Cannieu, préparateur d'anatomie pathologique.
(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*).

J'avais autrefois décrit en 1882 (article *Oreille* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales) sur le tronc même de l'auditif un amas de cellules ganglionnaires. Les auteurs qui s'occupèrent après moi de l'étude de ce nerf ne virent pas les cellules nerveuses et nièrent leur existence; d'autres avaient même avancé qu'elles dépendaient du ganglion de Scarpa. Nous avons alors entrepris avec M. Cannieu de nouvelles recherches et nous avons constamment retrouvé les cellules ganglionnaires non seulement chez le chat, où je les avais décrites, mais aussi chez le chien, chez le rat, la souris, le cobaye, le porc, le mouton et le bœuf.

Il résulte des recherches consignées dans ce travail :

1° Que le tronc principal de l'auditif porte un ganglion volumineux, ganglion de Coÿne, qui aurait au point de vue morphologique la signification d'un ganglion spinal.

2° Ce tronc principal se divise en deux rameaux secondaires, le rameau cochléaire et le rameau vestibulaire.

3° Ces deux rameaux traversent, avant leur terminaison, des ganglions spéciaux. Le premier, le ganglion de Rosenthal, le second, les amas ganglionnaires constitués par le ganglion de Scarpa, celui de Bœttcher et la chaîne de même nature qui les relie.

4° Partant de ces derniers amas ganglionnaires surgissent deux rameaux, l'un perpendiculaire au conduit auditif interne (rameau vestibulaire proprement dit) l'autre, parallèle au nerf cochléaire (nerf médian) qui se distribue à l'ampoule postérieure, à la cloison qui sépare l'utricule du saccule et à la portion vestibulaire du canal cochléaire.

13. Note sur la structure des cupules terminales.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de Bordeaux, en collaboration avec le Dr Cannieu.
(Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1894).

Les cupules terminales, sur une coupe transversale des crêtes acoustiques, ont la forme d'organes clairs, transparents, de forme conoïde, embrassant, par leur partie inférieure creusée en cupule, l'épithélium de la crête acoustique. La partie inférieure de cette cupule est formée, d'après nos recherches, d'une foule de cavités polygonales, recevant dans leur intérieur les poils des cellules ciliées ou sensorielles des crêtes acoustiques et présentant une grande analogie de structure avec la membrane de Corti.

14. Recherches sur l'épithélium sensoriel de l'organe auditif.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Cannieu, préparateur du cours d'anatomie pathologique.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc., 1895).

Ce travail renferme une étude complète sur la disposition que présentent les épithéliums sensoriaux au niveau des taches et crêtes acoustiques et du limaçon. Au niveau des taches et crêtes acoustiques, ils se présentent avec deux types différents que nous avons déterminés. L'un de ces types est observé chez les rongeurs et est caractérisé par trois rangées de cellules; le second se présente chez les carnassiers et l'homme et se différencie du précédent parce que les cellules sont disposées en deux rangées.

Dans le limaçon, on retrouve également des cellules de soutien et des cellules sensorielles, et on peut s'assurer que le renflement des unes correspond à la partie grêle des autres, simulant, à un examen superficiel, un épithélium stratifié composé de deux couches de cellules.

15. Recherches sur la membrane de Corti.

En collaboration avec M. le Dr Cannieu.

(Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, mémoire de 27 p., 12 fig. Paris, 1895).

a) Nous avons étudié dans ce mémoire la forme de la membrane de Corti dans la série des mammifères ; on peut lui considérer trois portions variables comme épaisseur et comme forme, selon les espèces étudiées : Une portion interne, grêle, allongée, mince, attenante à la protubérance de Hüschke ; une portion médiane épaisse, une portion externe terminée en pointe. Chez l'homme et le singe, les deux dernières parties se confondent en une seule.

Sur une coupe transversale, passant par l'axe du limaçon, on voit que cette membrane est constituée par trois zones, une zone limitante supérieure et inférieure et une zone moyenne, claire, transparente, striée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

Ces études ont été faites chez l'homme, le singe, le chat, le chien, le cobaye, le lapin, la souris et le rat.

b) Tous les auteurs sont d'accord au sujet de l'insertion interne de la membrane de Corti. Quant à sa partie externe, ils pensent généralement qu'elle flotte librement au-dessus des cellules ciliées de Corti. Lœwenberg est le seul à admettre une insertion externe et encore fait-il adhérer la partie extérieure de la membrane au ligament spiral externe. Nous avons pu observer à maintes reprises que cette membrane s'insérait aux cellules du sommet, aux piliers internes et externes, aux cellules de Deiters et de Corti et s'atténuait insensiblement au-dessus des cellules de Claudius pour ne former bientôt qu'une simple cuticule. Ces faits sont bien en rapport avec l'embryologie et l'anatomie comparée qui font de cette membrane un organe cuticulaire.

Toutes les fois, d'ailleurs, que nous avons observé la tectoria flottant au-dessus de l'organe de Corti, on pouvait se rendre compte que cet organe avait subi des modifications sensibles dans sa structure ou

bien qu'elle avait été arrachée de sa place habituelle par les manipulations techniques auxquelles on est obligé de soumettre les rochers à l'étude.

c) Dans nos recherches enfin, nous avons observé une structure nouvelle de la tectoria. Au niveau de l'épithélium de Corti, elle est creusée d'une foule de cavités polygonales contenant dans leur intérieur les cils des cellules de Corti. Les parois de ces cavités constituent la substance même de la tectoria; au niveau des angles des alvéoles, ces parois se réunissent les unes aux autres en formant un épaississement qui se présente par transparence sous forme de stries. Les stries qui parcourent la tectoria sont constituées par les lignes de réunion des diverses parois les unes avec les autres.

De ces faits nous avons pu encore tirer la conclusion suivante, c'est que la membrane réticulaire de Kolliker est constituée par la partie inférieure (couche limitante inférieure) de la tectoria, restée adhérente quand cette membrane a été arrachée de sa situation normale. Cette interprétation se déduit forcément de la structure dont nous venons de parler.

———

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET PATHOLOGIE

---

16. Fracture du col du fémur intra-capsulaire, guérie par un cal osseux. Sarcome fasciculé de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1869).

L'autopsie qui est relatée dans cette observation a permis d'étudier deux lésions différentes : 1° une fracture intra-capsulaire du col du fémur guérie par un cal osseux contrairement à l'opinion admise par un grand nombre de chirurgiens ; une coupe verticale intéressant la tête et le col fémoral ne laissait aucun doute sur la réalité de ce fait ; 2° un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus ayant envahi toute la tête humérale, ainsi que le col chirurgical et que l'examen microscopique a démontré appartenir à la variété des sarcomes à cellules fusiformes.

17. Luxation sus-pubienne de l'articulation coxo-fémorale. — Examen anatomique. — Etude du mécanisme ayant présidé à la production de la lésion. — Recherche du meilleur procédé de réduction.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1870).

Il s'agit d'un fait très intéressant dans lequel l'autopsie et la dissection de la lésion ont permis : 1° d'étudier l'étendue des lésions des

parties molles et d'établir que cette variété de luxation, au lieu d'être consécutive à une luxation obturatrice, était dans certains cas primitive, les conditions dans lesquelles cette luxation s'était produite le démontraient pleinement; l'éminence iléo-pectinée était imprimée en creux sur la face postérieure de la tête et du col. D'autre part, la luxation s'était produite grâce à la combinaison d'un mouvement d'extension, d'abduction et de rotation en totalité de la cuisse de dedans en dehors, amenant une déchirure complète de la capsule en dedans et en haut et faisant passer la tête fémorale entre le psoas en dehors et le pectiné et les adducteurs en dedans. La réduction n'était possible que par la combinaison d'un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin et d'abduction de la cuisse permettant à la tête femorale de suivre le chemin inverse de celui qu'elle avait suivi primitivement.

18. Epithélioma de l'œsophage, envahissement et ulcération de la partie supérieure de la trachée immédiatement au-dessous du larynx.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

Dans cette observation, à l'intérêt de l'étude de la lésion et de son mode de propagation, il s'ajoutait un autre fait; c'était la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies respiratoires, ayant donné lieu au développement de lésions de broncho-pneumonie disséminées dans les parties déclives du poumon.

19. Anévryeme de l'aorte thoracique au niveau du croisement de la bronche gauche. — Adhérence au sommet du lobe inférieur. Rupture dans la cavité pleurale. — Hémorrhagie mortelle.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

20. **Cancsr annulalre du pylore. — Hypertrophie musculalrs sous-jacents. — Rétrécisssment infranchissable de cst orifice.**

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

21. **Cancsr du rein gauche. — Envahlsssment progrsssif ds la vslns rénale et de la veine cave lnférlsurs. — Oblitération totals de ces vaisseaux. — Champignon cancéreux situé sous l'endocards faisant saillie dans l'oreilletts droits qu'il remplit complétemsnt. — Mort par péritonits.**

Par P. Coÿne et Troisier, internes des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

22. **Hémiplégie droits. — Altération des artéres basilalrss, cérebeleusss, postérieures st inférleurss, ds l'artérs sylviens droite. — Petltss plaques hémorrhagiques dans la protubérancs. — Péri-artérite et méningite chroniqus au nivsau des artérss oblitérés st au niveau du renflement cervical de la moells.**

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

23. **Glyo-sarcoms des couches optiques. — Tumeurs volumineusss, bosseléss, prolongsmsnts dans la corns occipitals du vsntricule droit et du ventrlculs gauche.**

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1871.)

Dans ce fait remarquable, la lésion, représentée par une tumeur du volume du poing, avait pris son point de départ en dehors et plus pro-

fondément que les tubercules quadrijumeaux ; elle s'était caractérisée par des phénomènes de rétropulsion ; la tête et la partie supérieure du tronc étaient inclinées en arrière, et tant que le malade a pu se tenir sur ses jambes, il reculait lorsqu'on lui ordonnait de progresser en avant.

24. Note sur un fait d'érysipèle tuberculo-caséeux observé dans un cas de phthisie pulmonaire.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(Archives de physiologie normale et pathologique, 1871.)

Ce fait anatomo-pathologique est nouveau et présente un grand intérêt en ce qu'on y trouve un des premiers exemples où ait été faite la démonstration anatomique et histologique de la présence de granulations tuberculeuses dans la peau à tous les stades de leur évolution : granulations tuberculeuses isolées au début, puis inflammation éliminatrice accompagnée d'un processus de caséification lorsque les lésions tuberculeuses sont plus avancées.

25. Sarcome ossifiant développé à l'extrémité inférieure du fémur. — Amputation. — Mort. — Envahissement du cartilage diarthrodial (examen microscopique).

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(Bulletin de la Société Anatomique, p. 132 et 180, 1872.)

La pièce provenant d'une amputation pratiquée dans le service de notre maître Labbé, disséquée et présentée par notre collègue et ami Urdy, présentait un point très intéressant : c'était la manière dont le processus morbide s'était développé au-dessous du cartilage diarthrodial, l'avait pénétré et perforé en certains points pour envahir la cavité articulaire du genou.

26. Note sur un fait de pied-bot varus congénital double. — Examen de la moelle épinière.

Par MM. Coÿne et Troisier, internes des hôpitaux.

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1872.)

Ce fait publié en commun avec M. Troisier vient à l'appui de la théorie pathogénique émise par Robin et par Paul Broca, théorie d'après laquelle on doit considérer certains pieds-bots de naissance comme le résultat d'une anomalie de développement des extrémités. Le cas que nous avons étudié paraît rentrer dans cette catégorie; en effet, la moelle épinière et les nerfs qui en émergent, étudiés dans toute la hauteur de l'axe spinal, étaient absolument sains.

27. Anévrysme cirsoïde de la région temporo-pariétale.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux (Thèse d'agrégation de Terrier, 1872.)

Cette observation, qui n'a été insérée qu'en partie dans la thèse d'agrégation de M. Terrier, présente un grand intérêt; en effet, l'étude anatomo-pathologique de la pièce a permis de faire connaître les lésions histologiques observées dans les parois des vaisseaux dilatés et variqueux. J'ai également bien résumé et signalé la dilatation considérable que présentent les artères qui aboutissent à la formation cirsoïde, dilatation bien évidente malgré l'oblitération complète de parties variqueuses.

28. Carcinome primitif des ganglions de l'aisselle; adhérences avec les vaisseaux, artère et veines axillaires. — Examen microscopique.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1872.)

Dans le cours de l'opération, l'adhérence avait été telle entre la masse ganglionnaire et les vaisseaux, que l'artère s'était déchirée et

que la ligature des deux vaisseaux au-dessus et au-dessous de la lésion avait été nécessaire pour terminer l'opération. La discussion a roulé sur le point de savoir s'il y avait cancer primitif ou secondaire. L'examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire de M. Ranvier, a démontré qu'il s'agissait d'un cancer primitif et à forme atrophique des ganglions de l'aisselle.

29. Rétrécissement du rectum au niveau du sphincter supérieur. — Vestiges d'ulcération étendus jusqu'à l'S iliaque.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1872.)

Cette pièce, outre l'intérêt qu'elle présentait par suite de l'étude et de la description des lésions, a donné lieu à une discussion importante et étendue sur les rétrécissements syphilitiques du rectum et leur pathogénie. La forme de la lésion, les caractères serpigineux des ulcérations situées au-dessus du rétrécissement, l'épaississement du tissu fibreux et la sclérose de ce tissu au niveau du rétrécissement ne laissaient pas de doute sur la nature syphilitique du processus morbide.

30. Epithélioma de la racine de l'ongle. — Examen microscopique.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1873.)

Il s'agissait d'une tumeur végétante et ulcérée de la racine de l'ongle opérée dans le service du professeur Gosselin et dont l'examen microscopique m'avait été confié. J'ai pu démontrer qu'il s'agissait bien d'une lésion épithéliomateuse, caractérisée par de longs bourgeons épithéliaux pénétrant profondément et dont quelques-uns renfermaient des globes épidermiques au début.

31. Exstrophie de la vessie. — Absence de soudure entre les deux os pubis et absence du ligament de Carcassonne.

Par P. Coÿne, interne des hôpitaux.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1873.)

Ce fait est intéressant parce que la mort de l'enfant a permis de faire une dissection complète de cette anomalie, *in situ* en conservant le sujet entier.

Dans ces conditions, il a été possible de donner une bonne description de l'état des parois du bassin, des ligaments de la ceinture pelvienne et de déterminer exactement les relations de l'urèthre et de la vessie avec les organes voisins.

32. Tuberculose généralisée. — Inflammation caséeuse de la trompe de Fallope chez une petite fille. — Examen microscopique.

Par le Dr P. Coÿne, aide de clinique de la Faculté.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

Cette observation venait confirmer les résultats publiés dans un mémoire dû à M. Brouardel. Un intérêt particulier s'y attachait. C'était la recherche histologique des lésions tuberculeuses : l'altération se présentait avec tous les caractères d'une masse caséeuse remplissant la trompe dilatée. La démonstration histologique de la nature tuberculeuse de la lésion a été impossible. Mais nous nous sommes demandé si dans des faits de cette nature la caséification en masse n'était pas une altération suffisante pour spécifier la nature tuberculeuse d'un état pathologique.

33. Sarcome glandulaire de la voûte palatine. — Examen microscopique.

Par le Dr P. Coÿne, aide de clinique de la Faculté.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

Cet examen a été repris plus tard et développé à l'occasion d'un travail dont nous parlerons plus loin.

34. Sarcome kystique du sein. — Examen microscopique.

Par MM. Coÿne et Rendu.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

Il s'agissait d'une tumeur volumineuse de la glande mammaire présentée par MM. Duret et Lagrange et dont l'examen microscopique nous avait été confié par la Société à un double point de vue : 1° étude et détermination de la lésion ; 2° recherche du processus donnant lieu dans ce cas à l'ulcération de la peau et à la formation des bourgeons saillants.

J'ai plus tard, dans un ouvrage didactique, étudié d'une façon complète la question des sarcomes glandulaires de la mamelle et j'avais pu voir que le travail ulcératif de la peau se produisait en dehors de l'envahissement de ce tégument par le tissu pathologique.

35. Recherches sur les laryngites érythémateuses graves du début de la rougeole.

Par P. Coÿne.

(*Gazette médicale*, 1874, p. 434 et s.)

Dans ce travail, j'ai cherché à bien faire connaître les lésions diverses qui se produisent dans la muqueuse laryngée sous l'influence de

l'intoxication morbilleuse. Les altérations du derme de la muqueuse, des glandes et du revêtement épithélial y sont successivement décrites d'après un grand nombre de préparations microscopiques recueillies dans les meilleures conditions de conservation. D'une façon plus particulière, les altérations vasculaires observées dans l'épithélium qui recouvre les cordes vocales inférieures, amènent à comprendre le mode de formation des ulcérations laryngées qu'on observe dans la même région à la période terminale de rougeoles graves lorsqu'il s'est produit des accidents laryngés.

21. Note sur une tumeur du voile du palais considérée cliniquement comme un adénome.

Par P. Coÿne, aide de clinique de la Faculté.

(*Gazette médicale, Paris*, 1874.)

Comme conséquence de l'étude macroscopique et de l'examen microscopique de cette pièce intéressante provenant du service du Dr Després, on peut conclure que les tumeurs identiques à celles dont ce travail renferme la description ne sont pas des adénomes, malgré leur origine dans une glande ; elles méritent plutôt la dénomination de sarcome glandulaire. La tumeur décrite dans ce travail avait débuté par un fibrome glandulaire suivant une règle presque constante que j'ai signalée ultérieurement à l'occasion de l'étude des sarcomes glandulaires de la mamelle. Plus tard seulement elle avait pris le caractère sarcomateux.

Enfin, au point de vue pratique, il est bon d'enlever ces tumeurs en totalité avant que le processus d'irritation n'ait dépassé les limites fibreuses de la tumeur ; c'est lorsque cette condition est remplie que l'ablation pourra être utile et donner un succès définitif.

37. **Rétrécissement fibreux du rectum; mort par péritonite et pleurésie purulente; lymphangite purulente diaphragmatique; examen microscopique.**

Par MM. Cuffer, interne des hôpitaux, et Coÿne, aide de clinique de la Faculté.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

J'ai repris plus tard cette question avec un second fait aussi probant que le premier, et j'en ai fait l'objet d'une communication et d'un mémoire présenté à la Société de médecine du Nord.

38. **Syphilis tertiaire (gomme suppurée de la cuisse gauche; gomme du rein; gomme du poumon; pneumonie catarrhale et purulente.**

Par MM. Cuffer, interne des hôpitaux, et Coÿne, aide de clinique à la Faculté.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

39. **Des polypes de la partie postérieure des fosses nasales.**

Par MM. Ory, interne des hôpitaux, et Coÿne, aide de clinique de la Faculté.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.)

Ce travail repose sur plusieurs observations réunies par M. Ory et dont deux nous étaient personnelles recueillies par nous dans le service de M. Labbé et dans le service de M. Trélat et dont nous avions fait un examen histologique détaillé et complet.

40. **Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux des fosses nasales avec prolongements pharyngiens.**

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1880.)

Dans ce travail, j'ai repris l'étude de la question et y ai publié *in extenso* deux observations; d'abord une des observations qui avaient

servi à M. Ory, celle qui provenait du service de M. Labbé et une seconde provenant de la pratique privée de cet excellent maître et qui était restée encore absolument inédite. J'ai signalé dans ce travail le point d'insertion de ces prolongements pharyngiens ainsi que la structure de leur pédicule et de la charpente fibreuse qui les traverse dans leur partie centrale.

41. Traité des tumeurs bénignes du sein.

Par L. Labbé, chirurgien de la Pitié, et P. Coyne, directeur du laboratoire de la Charité (de 600 p. in-8, 2 planches en couleur et 32 figures dans le texte, 1876.)

A l'époque où ce livre a paru, il a nettement rompu avec les traditions anciennes et fait entrer dans la pratique chirurgicale les notions nouvelles d'histologie pathologique. Nous avons rejeté les dénominations si longtemps employées de tumeurs adénoïdes. Nous avons démontré que l'adénome ne correspondait pas à ce que les chirurgiens croyaient être le représentant de cette formation morbide et que si l'origine des lésions était glandulaire, la lésion produite ne gardait aucun des caractères de la glande et que l'apparence même qui avait amené à adopter le terme d'adénoïde était forcée et reposait sur des analyses bien artificielles.

Pour nous, l'adénome se confond avec l'épithéliome de la glande mammaire au début et encore limité par les parois propres des éléments glandulaires.

Il résulte des recherches originales consignées dans ce livre et qui lui impriment son caractère personnel, des notions nouvelles sur la constitution intime de l'élément glandulaire de la mamelle sur deux points. Ces notions sont relatives, en premier lieu, à la distribution du tissu conjonctif et à la constitution de ce tissu conjonctif autour de la membrane limitante de l'acinus; en second lieu, à la présence, au siège et au développement des lacunes lymphatiques représentant les zones d'origine de ce système dans le tissu conjonctif péri-glandulaire. Ceci établi pour l'anatomie normale, il ressort de nos recher-

ches anatomo-pathologiques, que l'adénome et les tumeurs adénoïdes des chirurgiens qui nous ont précédés sont représentées pour la plupart par des fibromes, des sarcomes, des myxomes, des épithéliomes ayant pris leur point de départ dans les différentes zones constitutives de l'acinus glandulaire, et auxquelles leur origine glandulaire imprime un cachet spécial, un mode d'évolution particulier qui les différencie des fibromes, des sarcomes, des myxomes, des épithéliomes développés dans les autres régions.

Cependant, comme toujours, les productions pathologiques provenant d'une néoformation épithéliale revêtent souvent une marche envahissante lorsque d'intra-glandulaires elles deviennent diffuses.

Les cavités kystiques que nous avons décrites dans les tumeurs mammaires sont dues à des processus pathologiques divers.

Les unes, ce sont les moins importantes, sont dues à une régression granulo-graisseuse de l'épithélium glandulaire et des produits sécrétés séjournant dans l'élément glandulaire et le dilatant.

D'autres succèdent à des déformations variées et progressives des éléments glandulaires occasionnées par les phénomènes de prolifération conjonctive et sarcomateuse périacineuse; ce sont les kystes que, faute d'une meilleure dénomination, nous avons appelés kystes lacunaires.

Enfin, il en est une troisième variété que nous désignons par le terme de kystes par rétention, observés moins souvent que les précédentes variétés et correspondant en partie à cette nouvelle lésion que l'on décrit maintenant sous le nom de maladie kystique de la mamelle.

42. Note sur les lymphangites diaphragmatiques.

Par le Dr P. Coÿne, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

(*Bulletin médical du Nord*, t. XVI, n. 2, 1877.)

Dans ce travail, j'ai étudié le mode de propagation des inflammations péritonéales aux séreuses voisines, comme la plèvre et le péri-

carde; j'ai pu démontrer que ces inflammations purulentes péritonéales se propageaient aux plèvres et au péricarde suivant deux processus différents.

Le premier se caractérise plus spécialement par un envahissement direct et couche par couche des divers plans de tissus qui séparent l'abcès péritonéal des séreuses voisines, de telle sorte qu'au bout d'un temps toujours très court, l'abcès péritonéal s'ouvre dans la séreuse menacée et y provoque une inflammation secondaire.

Le second mode d'envahissement des séreuses splanchniques paraît plus compliqué et sa détermination repose sur la connaissance des voies lymphatiques qui, traversant le diaphragme, font communiquer la cavité péritonéale avec les grandes séreuses voisines. Il s'agit dans ce cas d'une lymphangite purulente diaphragmatique qui représente la voie de communication entre la cavité péritonéale enflammée et les plèvres ou le péricarde. J'ai utilisé, pour démontrer ce mode de propagation, une observation que j'avais déjà publiée avec notre ancien collègue Cuffer et une seconde observation inédite, relative au même sujet et presque identique à la première.

43. Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale.

Par P. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Journal des connaissances médicales*, 1878, 18 p. grand in-8.)

Dans ce travail reposant sur deux faits nous avons démontré qu'une lésion syphilitique des centres nerveux revêt des caractères spéciaux qui la différencient des autres lésions cérébrales et qui permettent de la reconnaître facilement. Ces lésions sont formées de noyaux disposés en plaques, le plus souvent multiples, rarement solitaire. Ces plaques renferment un noyau central, dur, compacte, entouré de zones multiples, scléreuses. La masse centrale revêt tous les caractères que l'on rencontre habituellement dans la partie centrale des gommes syphilitiques des autres régions. Ces caractères permettent de différencier les formations en plaques des autres tumeurs que l'on ren-

contre habituellement dans les centres nerveux, gliome, carcinome, à l'exception de certaines formes du tubercule qui présentent une ressemblance grossière avec la gomme cérébrale. Mais alors la différenciation de ces deux lésions est faite à l'aide de l'examen microscopique et par l'évolution des tissus de nouvelle formation. En effet, dans les lésions tuberculeuses, les vaisseaux s'oblitèrent rapidement et amènent une caséification rapide, sèche ou humide suivant les cas. Dans la gomme, au contraire, même lorsque la lésion présente un gros volume, les vaisseaux sanguins, bien qu'entourés d'éléments embryonnaires, bien que présentant dans leurs parois des lésions d'endartérite et de périartérite proliférante, ont conservé leur perméabilité. Il résulte de ce fait que si la nutrition des éléments anatomiques est gênée par leur tassement, elle n'est pas brusquement arrêtée.

44. **Des kystes** (Etude d'anatomie pathologique)

Par P. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Extrait des Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.)

Dans ce travail nous envisageons les divers modes de formation des cavités kystiques et nous établissons qu'ils dépendent : 1° d'une déviation dans l'évolution d'un élément glandulaire normalement développé, ou devenant aberrant pendant la période fœtale; 2° de l'enclavement, soit pendant la période fœtale, soit plus tardivement, de replis cutanés et de bourgeons épithéliaux greffés dans les tissus profonds; 3° des transformations subies par une inclusion fœtale.

D'autre part, les kystes sont des productions morbides en forme de cavités closes, distinctes des parties voisines par leur membrane d'enveloppe et dans lesquelles le contenu ne possède aucune connexion vasculaire avec les parois de la poche enveloppante.

De cette définition et de ces conditions pathogéniques, il résulte que nous éliminons de la classe des kystes les formations liquides que les auteurs décrivaient sous le nom de *kystes par exsudation* (exemple les bourses séreuses enflammés), les *kystes par extravasation*

(exemple, foyers hémorrhagiques limités par une membrane adventice de nouvelle formation), les *kystes par ramollissement* (exemple, foyers de ramollissement granulo-graisseux ou muqueux.

Enfin, nous étudions le mode de formation des kystes dits par rétention et nous établissons que la rétention seule ne suffit pas et que nécessairement il s'y adjoint la transformation subie par les éléments anatomiques tapissant la paroi de la cavité préformée.

45. Altération singulière de l'épithélium au niveau de la couche muqueuse de Malpighi et du stratum granulosum dans un fait de cor au pieds.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1892.)

J'ai décrit dans ce fait une altération des cellules épithéliales ayant donné lieu à la formation de vacuoles situées dans les cellules et de véritables cavités dues à une altération réticulaire portant sur des groupes de ces cellules. Ces vacuoles sont occupées par des corps ovoïdes hyalins, à paroi claires et présentant un double contour dans certains cas. Cette lésion, qui est due sans aucun doute à une altération hyaline du protoplasme, pourrait être facilement confondue avec une lésion coccidienne.

46. Lésions de la muqueuse utérine consécutives a l'emploi de crayons de sulfate de cuivre.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, 1892.)

Les pièces qui nous ont été remises par M. le Dr Monod, permettent de reconnaître trois zones différentes ; une interne constituée par de l'épithélium desquamé et le revêtement épithélial de la muqueuse ;

une seconde, intermédiaire, représentant le derme de la muqueuse reconnaissable aux culs-de-sacs glandulaires et aux vaisseaux sanguins; enfin la troisième zone est formée d'une couche d'épaisseur variable constituée par des faisceaux musculaires. La zone centrale est caséeuse. Mais, dans les deux autres couches tous les éléments sont légèrement granuleux, opaques, ayant fixé faiblement les réactifs colorants et présentent tous les caractères de la nécrose de coagulation. Nulle part dans la partie mortifiée on ne constate de trace de prolifération des éléments anatomiques et de processus inflammatoire. Il s'est fait d'emblée une nécrose massive de la muqueuse et de la couche superficielle de la charpente musculaire.

47. Caduque utérine et muqueuse d'origine dysménorrhéique.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynéologie et de pædiatrie*, 1893.)

J'ai étudié récemment des pièces provenant d'un curettage utérin. Il s'agissait d'une femme qui avait des pertes leucorrhéiques depuis quinze ans. Mais, depuis cinq ans, il se produisait chez elle des hémorrhagies abondantes qui revenaient tous les cinq ou six mois et duraient un mois ou six semaines, sous forme d'un suintement sanglant continu, accompagné de coliques utérines. A ces hémorrhagies succédait la leucorrhée. A l'occasion et au cours d'une de ces hémorrhagies, un chirurgien fit le curettage et cette opération arrêta la perte de sang. Cette hémorrhagie avait été précédée d'un retard de 15 jours, de sorte que depuis les dernières règles, qui avaient été normales, il s'était écoulé six semaines.

Parmi les fragments qui ont été soumis à mon examen, la plupart sont des lambeaux de muqueuse tuméfiée; mais il en est un, grand comme une pièce de 2 francs, en forme de disque, épais d'un demi-centimètre, lisse sur une face et sur l'autre granuleux, tomenteux et de teinte hémorrhagique. Des coupes fines ont montré, du côté de la face lisse, des bourgeons vasculaires qui pénètrent dans des systèmes

lacunaires pleins de sang et rappellent l'aspect des bourgeons qui président à la formation primitive du placenta.

On peut se demander si nous avons affaire ici à un débris placentaire ancien. Mais le tissu en serait plus fibroïde; or, ce fragment a plutôt les caractères d'un tissu nouveau et en voie de formation. Cependant, il faut remarquer que sa constitution se rapproche plus particulièrement de celle d'un placenta de deux mois et demi environ. C'est en me fondant sur ces divers caractères que j'écarte volontiers l'idée de placenta ancien greffé depuis longtemps sur une muqueuse utérine malade.

48. Fièvre pernicieuse à forme convulsive et tuberculose pulmonaire.

Par P. Coyne et Auché.

(Bulletin de la Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux, 1893).

Nous avons noté dans cette observation les altérations suivantes : du côté du sang, augmentation considérable du nombre des globules blancs, ainsi que la présence des hématozoaires de Laveran, parmi lesquels les corps en croissant étaient nombreux, les corps sphériques plus nombreux encore et reconnaissables aux grains de pigment. Dans la rate, nous avons observé une infiltration leucocytique abondante en îlots ou périvasculaire, ainsi que la présence d'agglomération de pigment mêlé à ces cellules lymphatiques ou disséminé dans le tissu qui forme la charpente de la rate. Nous avons retrouvé les mêmes lésions leucocytiques et pigmentaires dans les ganglions lymphatiques, dans le tissu adénoïde développé sur la face inférieure du diaphragme et dans le foie.

49. Bride vulvaire. — Examen microscopique.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1893.)

Cette formation remise par M. Hirigoyen partait du bulbe de l'urèthre et s'insérait en arrière à la commissure postérieure de la vulve qu'elle divisait aussi en deux parties. Elle était assez flexible pour permettre les rapprochements sexuels. L'examen histologique a démontré quelle représentait tous les caractères d'une formation cutanée renfermant du tissu érectile entouré de fibres musculaires striées; de telle sorte qu'elle était formée par une partie du bulbe uréthral recouvert par un vestige de bulbo-caverneux resté médian et non résorbé par l'établissement de la fente vulvaire.

50. Broncho-pneumonie tuberculeuse.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Societé d'anatomie et de physiologie*, 1893).

M. Coÿne présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. le professeur Vergely. Cet homme, âgé de vingt-deux ans, fut enlevé par une tuberculose à marche rapide et caractérisée par des hémoptysies extrêmement abondantes.

A l'auptosie, le poumon droit fut trouvé criblé de granulations tuberculeuses dans toute son étendue; le poumon gauche était le siège d'une congestion extrêmement intense et c'est là probablement la cause des hémoptysies observées pendant la vie.

M. Coÿne insiste sur la disposition typique qu'offrent ces lésions, qui sont celles de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

L'infection s'est fait de deux manières, aussi bien par la voie sanguine que par la voie bronchique.

51. Pleurésie chez un enfant. — Fièvres et frissons. — Propagation des bruits du cœur dans la fosse sous-épineuse. — Ponotion. — Pleurésie cloisonnée. — Épanchement séro-fibrineux.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1893).

L'intérêt de cette observation repose sur ce fait que les phénomènes devaient faire craindre un épanchement purulent; l'apparition d'un phénomène nouveau, la propagation des bruits du cœur en arrière dans la fosse sous-épineuse, alors que les jours précédents on ne les avait pas perçus, portait à accepter cette modification dans la nature de l'exsudat. Les ponctions qui ont été pratiquées ont démontré qu'il s'agissait d'un épanchement cloisonné et composé d'un liquide séro-fibrineux.

52. Enchondrome vasculaire du sternum.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté et Cannieu, préparateur du cours.

(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiolohie de Bordeaux*, 1893.)

Dans ce fait, nous avons noté l'existence de vaisseaux sanguins entourés par des îlots de tissu conjonctif rappelant la disposition que l'on observe dans le squelette de certains poissons.

53. Enchondrome lobulé de la parotide.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie*, 1893.)

54. Note sur l'examen histologique d'une tumeur mixte de la parotide et sur un mode nouveau de formations cartilagineuses.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté.

(Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie, 1893).

La tumeur que j'ai examinée présente des aspects variables. Sur une même coupe, on voit, en effet, des endroits formés par de petites cellules, arrondies en général, rapprochées les unes des autres, possédant au milieu de l'amas qu'elles forment des vaisseaux sans parois propres. Ailleurs, on aperçoit des cellules ramifiées séparées par une substance transparente. Le premier aspect correspond au *sarcome* et le second au *myxome*. Au milieu de ces amas qui passent insensiblement de l'un à l'autre, on rencontre également du *tissu conjonctif* et du tissu cartilagineux. Le premier de ces tissus ne présente rien de remarquable et ne mérite quelque attention que dans ses rapports avec les nodules cartilagineux.

Quant au tissu *cartilagineux*, il est en quantité plus ou moins grande, variant avec les points examinés de la tumeur. A la périphérie de cette tumeur, on en trouve à peine quelques traces ; vers le centre, il compose bien la moitié à peu près des tissus qui constituent le néoplasme. Ce cartilage est disposé par nodules, de forme et de dimensions variables, séparés les uns des autres par les différents tissus dont nous avons parlé plus haut. Il présente tous les caractères du cartilage : cellules à un ou plusieurs noyaux, entourés par une capsule et placés au milieu d'une substance fondamentale, claire, transparente, porcelainée, fixant fort mal les réactifs colorants. Les cellules du centre du nodule sont *rondes* et *enfermées* dans des capsules de même forme ; celles de la périphérie sont *ramifiées, présentent deux ou trois prolongements* et quelquefois davantage ; elles nous offrent l'aspect des cellules cartilagineuses que l'on rencontre dans quelques cas pathologiques chez l'homme et à l'état normal chez les céphalopodes ; avec cette différence cependant qu'elles ne sont

pas groupées en nombre plus ou moins grand. A mesure qu'on s'avance vers le centre du nodule, ces éléments perdent leurs prolongements et passent insensiblement aux formes normales des cellules cartilagineuses.

Si la substance fondamentale, cartilagineuse n'offre rien de remarquable au centre même du lobule cartilagineux, il n'en est pas de même à la périphérie. Dans la zone des cellules ramifiées, en effet, *cette substance paraît striée par des fibrilles plus ou moins parallèles,* qui diminuent et se perdent à mesure qu'on les suit vers le centre du nodule cartilagineux; elles deviennent plus sensibles, augmentent de nombre, *se continuent enfin avec les faisceaux conjonctifs.*

En résumé, le tissu conjonctif semble se transformer insensiblement en tissu cartilagineux. Les cellules ramifiées de ce tissu conservent pendant un temps plus ou moins long leur forme primitive pour se transformer insensiblement en tissu cartilagineux. Les cellules ramifiées de ce tissu conservent pendant un temps plus ou moins long leur forme primitive pour se transformer ultérieurement en véritables cellules cartilagineuses, tandis que la matière fondamentale du cartilage semblerait provenir de la substance fibrillaire et intercellulaire du tissu conjonctif.

Sans vouloir forcer la signification des faits observés, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs cartilagineuses, à cellules ramifiées, que l'on rencontre souvent chez l'homme dans certains cas pathologiques, seraient des formations cartilagineuses provenant de la transformation du tissu conjonctif;

2° Ces mêmes tumeurs seraient des formations n'ayant pas encore évolué complètement dans le sens du tissu cartilagineux.

55. Ostéome (enlevé par le Dr Ferron). — **Examen histologique et description.**

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté.

(Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1893).

La partie de l'ostéome que j'ai examinée se composait de deux portions : une portion périphérique osseuse, large au plus d'un demi-centimètre à peu près, recouvrant une portion centrale comme le ferait une coque. Cette partie centrale était formée elle-même par un tissu présentant l'aspect d'une masse musculaire, de forme conique, molle vers l'extrémité du cône et paraissant composée exclusivement par du tissu musculaire ; tandis que la base du cône, dans les deux tiers inférieurs, renfermait un noyaux dur, osseux, arrêtant le rasoir.

A l'examen microscopique, on voit que la partie molle est formée, non pas par du tissu musculaire, mais bien par du tissu conjonctif absolument caractéristique. Ce tissu est formé par des faisceaux fibrillaires, ponctués çà et là par des cellules plates, ressortant parfaitement après coloration par l'éosine hématoxylique. Par endroits, cependant, on voit des nids de cellules embryonnaires, situées entre les faisceaux, sans que l'on puisse dire dans quelle direction elles se différencieront plus tard.

Les coupes passant dans la partie inférieure du cône nous offrent un aspect tout différent. On y observe, en effet, des faisceaux musculaires en assez grand nombre; le tissu conjonctif qui les réunissait a proliféré, s'est hypertrophié et les sépare les uns des autres.

Ces faisceaux musculaires paraissent pour la plupart en voie de dégénérescence et sont entourés par le tissu conjonctif dont nous venons de parler, tissu assez lâche comparativement aux bandes fibreuses composées d'un tissu compact et serré, qui semblent faire suite aux travées osseuses de l'ostéome.

Ce dernier est formé par des travées irrégulières ne présentant dans l'ensemble rien de bien caractéristique. Les ostéoplastes sont fort peu

ramifiés. Quand on examine les parties qui avoisinent les bandes compactes de tissu conjonctif, on voit que des lames de tissu osseux formant la couche interne de l'ostéome partent des prolongements osseux à leur base et qui, en se continuant à leur sommet avec les travées fibreuses, sont constitués par du tissu cartilagineux. En effet, on peut observer des cellules enfermées dans des capsules, entourées par une matière fondamentale, réfringente, moins colorée que la substance osseuse elle-même. Ces cellules sont irrégulières, anguleuses, mais ne présentent pas de prolongements. A la périphérie de ces bourgeons de substance cartilagineuse, on voit des cellules en grand nombre, serrées les unes contre les autres, ayant à peu près la même forme, constituant une zone intermédiaire entre les travées cartilagineuses et le tissu conjonctif à fibres serrées et compactes et représentant les ostéoblastes de Gegenbaur.

La portion osseuse périphérique est formée par des travées osseuses à ostéoplastes ramifiés, bien évidents. Ces travées circonscrivent des espaces irréguliers, formés par du tissu conjonctif embryonnaire représentant une moelle osseuse embryonnaire, dont les vaisseaux sanguins sont très dilatés.

En résumé, nous avons affaire à un ostéome développé aux dépens du tissu conjonctif, mais offrant cette particularité remarquable, qui fait d'ailleurs tout l'intérêt de cette présentation, que le tissu osseux, avant de s'organiser aux dépens du tissu conjonctif, passe par la forme cartilagineuse.

56. Cholestéatome du conduit auditif externe.

Par P. Coÿne, professeur à la Faculté.

(*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1893.)

Il s'agit d'un fait de cholestéatome du conduit auditif externe, dont la littérature médicale ne compte jusqu'à présent, à ma connaissance du moins, qu'un petit nombre de cas authentiques. On sait que la nature de ces productions est encore très contestée ; les Allemands

les considèrent comme de véritables néoformations, tandis que Duplay est disposé à n'y voir que des produits exogènes, comme de véritables corps étrangers, et se refuse à les considérer comme des néoplasies.

Il s'agit d'une femme, assez âgée, qui avait été atteinte, il y a quatorze ans, d'une carie de l'anneau tympanal et d'une partie du rocher. A la suite de divers traitements, pansement à l'iodoforme et d'un séjour à Barèges, de petites particules osseuses furent éliminées et la malade sembla guérie. Au mois de juillet dernier, de l'empâtement se montra derrière le pavillon de l'oreille; le conduit auditif, complètement affaissé, ayant ses parois au contact, ne permettait pas l'introduction du spéculum. La région mastoïdienne se tuméfia de plus en plus, et une incision qui y fut faite donna issue à une grande quantité de pus. Malgré les lavages antiseptiques et le drainage, la suppuration continua pendant plusieurs jours à être très abondante. L'incision, alors agrandie, permit d'explorer une cavité communiquant avec le conduit auditif. Une injection poussée par ce conduit fit alors sortir une masse blanchâtre, du volume d'une olive; cette masse était composée, à sa partie périphérique, de lamelles épithéliales imbriquées et mêlées à des lamelles de cholestérine et, à son centre, de poudre d'iodoforme. Trois jours après cette élimination, la plaie était complètement guérie.

On doit penser que la masse d'iodoforme a agi comme un véritable corps étranger. Autour de ce corps étranger s'est développée une variété de cérumen, constituée par des lamelles épithéliales mêlées à des lames de cholestérine qui, par leur agglomération, forment des masses brillantes et dures, très différentes du cérumen ordinaire.

L'os n'a pas paru être dénudé; on sentait très manifestement une membrane enflammée qui paraissait être la peau ou peut-être le périoste et qui séparait le corps étranger des tissus osseux; il n'existait aucune communication appréciable avec les cellules mastoïdiennes qui, dans leur ensemble, paraissaient déprimées au niveau de la place occupée par la formation cholestéatomateuse.

57. Traité élémentaire d'anatomie pathologique.

Par P. Coÿne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. (De 1040 p. avec 223 figures noires et en couleurs dans le texte. Paris, J.-B. Baillière, 1894.)

J'avais depuis longtemps le désir de publier un traité d'anatomie pathologique en un seul volume, et pour cela il était nécessaire de laisser de côté les historiques, les discussions théoriques inutiles ou surannées qui encombrent souvent les ouvrages d'enseignement. Dans une première partie, consacrée à l'anatomie pathologique générale, partant des notions que nous possédons sur les altérations cellulaires nous nous élevons progressivement dans la série anatomique et décrivons successivement les lésions des tissus dans plusieurs chapitres consacrés à l'étude des inflammations, des tumeurs et des lésions parasitaires. Une seconde partie, plus étendue, comprenant l'anatomie pathologique spéciale, est consacrée à la description des lésions des systèmes anatomiques, des appareils et des organes splanchniques, y compris deux courts chapitres par lesquels se termine l'ouvrage et dans lesquels les lésions des organes des sens, vision et audition, intéressant la médecine générale, y sont décrites succinctement Les recherches récentes sur l'origine des tumeurs dans la teratologie où la greffe des éléments ectodermiques y ont été étudiées avec soin. Nous devons signaler également les chapitres relatifs aux inflammations catarrhales infectieuses et aux inflammations nodulaires infectieuses qui permettent de se rendre compte de l'importance de l'action microbienne dans la production ou dans l'évolution du plus grand nombre des maladies.

TRAVAUX INSPIRÉS

1. Recherches sur la tuberculose du larynx.

Par J. Doléris, interne des hôpitaux de Paris.

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1877.)

Il résulte de ce travail et de nos recherches qui y sont consignées que la tuberculose apparaît dans le larynx :

1° *Sous la forme diffuse*, dans laquelle la prolifération embryonnaire occupe les glandes, les parois vasculaires et surtout le tissu interstitiel;

2° *Sous la forme infiltrée* mais avec tendance à limitation en foyers et siège principalement autour des vaisseaux et dans l'intérieur des glandes;

3° *Sous forme conjonctive diffuse* avec selérose, succédant à la 1re forme pouvant exister conjointement avec les autres formes et leur donner naissance ultérieurement.

4° *Sous la forme circonscrite de granulations miliaires* constituées par des nodules profonds ou superficiels, ces derniers aboutissant à la formation d'ulcération légère qui, par leur groupement et leur réunion, donnent naissance à des plaques irrégulières à bords nets et à fond jaunâtre.

Dans le larynx comme dans les autres organes, le tubercule débute par une prolifération embryonnaire avec tendance nécrobiotique en rapport avec l'envahissement rapide des vaisseaux. Cependant, dans certaines conditions (surtout conservation de la circulation), il se produit une transformation fibreuse des éléments aboutissant à une sclérose *circonscrite* (tubercule fibreux ou diffus), laryngite sclércuse.

Enfin la laryngite des tuberculeux ne se différencie pas de la laryngite tuberculeuse ; même lorsqu'elle est d'acuité médiocre, elle présente des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la regarder comme une inflammation simple.

2. Contribution à l'étude des angiomes du foie.

Par A. Journiac, licencié ès-sciences.

(*Extrait des Archives de physiologie normale et pathologique*, 1879).

Dans ce travail, après avoir analysé les recherches antérieures, l'auteur, se fondant sur des recherches entreprises dans le laboratoire de la Faculté et résumant tous les documents exposés dans une leçon destinée à faire connaître les travaux du professeur sur les angiomes du foie et leur pathogénie en général, établit que les angiomes du foie sont le résultat d'un processus d'irritation agissant sur les parois vasculaires pour amener leur dilatation et conclut de ce fait qu'il y a plutôt dilatation que néoformation vasculaire. Ce travail renferme une description exacte et très détaillée des diverses altérations histologiques que l'on observe dans les angiomes du foie.

3. Contribution à l'histoire de la pathogénie des dilatations bronchiques.

Par le Dr Leroy.

(*In Archiv. de physiologie normale et pathologique*, 1879.)

Il résulte de ce travail, qui résume l'exposé que nous avons fait de la question dans une leçon sur ce sujet, les faits suivants :

Dans la dilatation des bronches, les parois de ces conduits sont le siège d'une altération primitive et spéciale de leurs parois qui transforme tous les tissus de cette paroi en un tissu formé d'éléments embryonnaires et très vasculaire.

Par suite de cette transformation, les parois des bronches perdent leurs propriétés contractiles et élastiques, et elles subissent alors facilement l'influence de toutes les causes mécaniques admises par les auteurs antérieurs.

Il résulte de cette explication que la pneumonie chronique, au lieu de précéder la lésion bronchique, est au contraire consécutive à cette altérations des bronches.

4. Anatomie pathologique et pathogénie de la dilatation des bronches.

Par DALLIDET, Thèse de doctorat, Paris, 1881.

Dans ce travail qui a servi de thèse à M. le Dr Dallidet qui, pendant quatre ans, a été attaché à l'enseignement de l'anatomie pathologique de Bordeaux comme préparateur, l'auteur, utilisant nos travaux antérieurs et l'examen de plusieurs faits récents, établit les points suivants : Les altérations des parois sont représentées dans une première période par une transformation embryonnaire de tous les tissus de cette paroi, muqueuse, glande, faisceaux élastiques, couche musculaire, cartilages et s'étendant même aux zones voisines du parenchyme pulmonaire.

Dans une seconde période les parois du tube dilaté sont devenues fibroïdes et cicatricielles.

La description minutieuse de tout les faits anatomiques est faite avec soin et repose sur un nombre suffisant de faits différents.

D'autre part, au point de vue pathogénique, les lésions que nous avons signalées expliquent l'absence de retour des bronches dont les parois sont ainsi altérées, à leur calibre normal, lorsqu'elles ont été distendues par l'introduction de l'air, par le séjour et l'accumulation des produits sécrétés. D'autre part, les relations qui existent entre la dilatation des bronches et la phthisie pulmonaire sont signalées de nouveau et confirment ainsi les travaux de M. Grancher.

5. Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés.

Par le Dr G. Ferré (Thèse de doctorat, Bordeaux, 1883).

Ce travail, dirigé par le professeur Coÿne, était destiné à compléter les recherches qu'il avait entreprises, et comprend : 1° Une partie destinée à faire connaître la technique employée et due à M. Coÿne; 2° la structure comparée de la crête auditive que le professeur Coÿne avait seulement étudiée chez les mammifères; et dans laquelle il avait démontré l'existence d'un épithélium offrant deux prolongements, l'un inférieur en relation avec les filets venus du plexus nerveux et l'autre supérieur dépassant l'épithélium et se perdant dans la cupule terminale; 3° l'étude de la cupule terminale signalée pour la première fois par Lang chez les cyprinoïdes et que M. le professeur Coÿne a vue et décrite le premier chez les mammifères dont les caractères histologiques nettement déterminés amènent les auteurs à envisager le rôle physiologique de cette formation et à la considérer comme un véritable appareil d'accommodation pour les poils auditifs.

De l'ensemble de ses recherches et de la comparaison de ses préparations avec les nôtres, M. Ferré est amené a conclure que les trois terminaisons du nerf acoustique sont construites sur un même plan : cellules perceptrices des vibrations, cellule soutenant un organe régulateur de ces vibrations; l'appareil de transmission seul est différent dans ces terminaisons nerveuses.

6. Des ganglions intra-rocheux du nerf auditif chez l'homme.

Communication de M. G. Ferré, présentée par M. P. Bert.

(*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, tome C, 1885, p. 862).

M. Ferré, poursuivant isolément chez l'homme, d'après nos conseils, des recherches que nous avions entreprises avant lui sur les mam-

mifères supérieurs (chat, chien) et dont il avait eu communication au moment de leur publication dans l'article *Oreille* du Dictionnaire encyclopédique et plus tard par le prêt de nos préparations, décrit trois ganglions ; l'un situé sur le nerf vestibulaire et représenté par le ganglion de Scarpa. Un second presque contigu au précédent et placé sur le faisceau le plus extérieur de l'éventail formé par le nerf cochléaire et signalé par Bœttcher. Enfin le troisième est disposé en spire tout le long de la lame spirale. C'est le ganglion de Rosenthal ou de Corti.

Les filets afférents des deux ganglions de Scarpa et de Boettcher vont se rendre aux terminaisons vestibulaires de l'auditif, tandis que les filets afférents du ganglion de Rosenthal vont se rendre à l'organe de Corti.

7. Contribution à l'étude du uerf auditif.

Par M. le Dr G. Ferré, chef des travaux histologiques à la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Bulletin de la Société zoologique de France*, 1885, p. 208.)

Ce travail n'est que le développement de la note précédente présentée à l'Académie des seiences. Dans ce mémoire, après avoir établi l'état de la question en citant nos recherches et la description que nous avions donnée des trois ganglions, celui de Scarpa, celui de Rosenthal et d'un troisième ganglion qui, dans nos préparations, n'occupait pas la place décrite par Bœttcher et que par conséquent nous avons considéré comme différent de l'amas de cellules nerveuses décrit par cet anatomiste, M. Ferré était amené, par ses recherches dans l'espèce humaine, à mettre en doute l'existence de ce troisième ganglion, tandis qu'il retrouvait le ganglion de Bœttcher au niveau de la partie la plus extérieure de l'éventail formé par le nerf cochléaire, mais de telle façon que les filets nerveux qui provenaient de ces deux amas ganglionnaires allaient se terminer dans les nerfs vestibulaires. Les réultats ainsi obetnus paraissaient différents de ceux que nous avions publiés nous même.

8. Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions.

Par M. le Dr Cannieu.

(*Thèse de doctorat en médecine.* Bordeaux, 1894.)

Les divergences qui existaient entre les résultats que j'avais obtenus dans les recherches que j'avais publiées dans l'article *Oreille* du Dictionnaire encyclopédique et eux qu'avait obtenus M. le Dr G. Ferré, dans les travaux que je lui avais conseillé de poursuivre, ces divergences, dis-je, me paraissaient difficiles à expliquer. Les espèces animales, comme le chat, le chien, qui m'avaient servi, et l'homme, sujet des études de M. Ferré, étaient trop voisines morphologiquement pour qu'une différence aussi grande pût exister. Je pensais que cette divergence dans les résultats obtenus devait tenir à un défaut de technique et plus particulièrement à la perte d'un certain nombre de coupes intermédiaires dans chaque série. M. Cannieu voulut bien sous ma direction, et après avoir été mis au courant des difficultés de la question, l'étudier à nouveau en ayant le soin de faire des coupes en série continue ce qui était devenu facile, grâce aux inclusions dans la paraffine.

Ces recherches, M. Cannieu les a répétées, non seulement chez l'homme, le chat et le chien, mais aussi dans une longue série d'animaux, ce qui lui a permis de résoudre cette question en apparence insoluble. Je donne un résumé de ce travail important, dont l'honneur tout entier revient à mon élève.

§ 1. *Prolongement bulbaire du nerf auditif.*

a) Jusqu'à ce jour on admettait pour deux nerfs de la sensibilité spéciale (nerf optique et nerf olfactif), une sorte de prolongement central. J'ai démontré que l'organe de l'ouïe ne fait pas exception à la règle, et qu'on trouve, dans le conduit auditif des animaux inférieurs à l'homme, un prolongement bulbaire homologue des prolongements centraux des deux autres organes de la sensibilité spéciale.

b) Ce prolongement, qui est représenté chez l'homme par un petit tubercule (tubercule de Stieda), pénètre de quelques dixièmes de millimètre dans le conduit auditif interne, chez le chat; chez la souris, il occupe tout le canal cochléaire jusqu'au troisième tour de spire. De tout son pourtour s'échappent des filets nerveux qui se rendent à l'organe de Corti, de la même façon que les filets du nerf de la première paire s'échappent du bulbe olfactif.

c) Le prolongement acoustique est constitué par la partie inférieure et externe du noyau antérieur. Chez le chat, il est formé par de la substance grise entourée d'une couche de substance blanche. Chez les rongeurs, la substance blanche constitue presque seule ce prolongement; on y voit cependant quelques traînées de cellules ganglionnaires.

d) Ce prolongement donne naissance aux fibres seules du nerf cochléaire chez la souris; chez le chat, certaines fibres du nerf vestibulaire pénètrent dans sa substance.

e) Ce prolongement grandit au fur et à mesure que l'animal se développe; il n'existe pas chez l'embryon; il est peu sensible à la naissance et ce n'est que dans les formes adultes qu'il arrive à son entier développement.

f) Ce prolongement et le noyau antérieur dont il n'est que la partie antérieure ne sont pas le noyau d'origine des fibres de l'acoustique. Les cellules qui les constituent envoient leur cylindraxe vers la partie centrale du bulbe et non du côté de l'acoustique.

§ II. *Ganglions de l'acoustique.*

a) Les auteurs admettaient que chacun des filets du nerf vestibulaire possédait un ganglion spécial. Le nerf de l'utricule traversait le ganglion de Scarpa; le nerf du saccule, le ganglion de Bottcher; le nerf de l'ampoule postérieure un petit ganglion.

J'ai démontré que ces différents nerfs surgissaient d'une seule et même bande de cellules ganglionnaires entourant la paroi interne du vestibule.

b) Chez la souris, le ganglion du facial est réuni à celui de Scarpa par une chaîne de cellules ganglionnaires et par des filets nerveux, qui s'échappent de ce dernier, suivent le facial dans son trajet et disparaissent au milieu des cellules du ganglion génieulé.

c) Entre le ganglion de Scarpa et celui de Corti, on peut observer un petit faisceau des fibres nerveuses qui les réunit l'un à l'autre.

Les ganglions de Scarpa et de Corti sont les véritables noyaux de l'acoustique. Chez les jeunes souris, les nerfs sont formés avant leur réunion à la substance bulbaire. Ce fait vient à l'appui des recherches embryologiques de His, et des travaux de Baginski de Bumm et de Monakow.

§ III. *Rameaux de l'acoustique.*

a) Le nerf auditif chez les mammifères est constitué par deux nerfs s'insérant séparément sur les parties latérales du bulbe : le nerf vestibulaire et le nerf cochléaire.

Chez l'homme, ces deux nerfs forment un tronc unique par leur réunion.

b) Le nerf vestibulaire sort du bulbe, en avant du nerf cochléaire; il constitue donc la racine antérieure de l'acoustique, bien qu'il se rende au vestibule situé en arrière du limaçon.

c) Le nerf auditif et le facial qui constituent la septième et la huitième paires de nerfs crâniens chez l'homme et les mammifères supérieurs sont réunis chez la souris et doivent être comparés aux fibres motrices et sensitives d'une même paire crânienne, telle que le trijumeau et le glosso-pharyngien.

d) Dans leur trajet médullaire, les fibrilles du nerf cochléaire se partagent en deux filaments plus petits, l'un ascendant et l'autre descendant, ainsi que l'a établi Kölliker. J'ai démontré également l'existence d'une pareille disposition pour les fibres du nerf vestibulaire. Ces dispositions sont en tout point comparables à celles qu'on observe dans les racines sensitives des nerfs spinaux.

e) Les fibres centrales de l'acoustique n'entrent pas en contact avec les cellules du noyau antérieur, ni avec celles des noyaux sous-veu-

triculaires; elles ne sont pas constituées par les prolongements cylindraxilles de ces cellules. Elles se terminent, au contraire, à leur niveau, par une arborisation correspondant aux prolongements protoplasmiques des cellules de ces noyaux.

f) Chez les vertébrés inférieurs, où le limaçon n'existe pas, il est représenté par une sorte d'organe, appelé lagena, desservi par un rameau venant du nerf vestibulaire. Chez la souris, la première moitié du tour de spire inférieur du limaçon n'est pas innervée par le nerf cochléaire, mais par un véritable nerf s'échappant de l'extrémité externe du ganglion de Scarpa. Ce nerf doit être considéré comme l'équivalent morphologique de celui de la lagena.

g) Reichert admettait qu'un quatrième rameau, venant du nerf vestibulaire, allait s'irradier dans le septum utriculo-sacculaire, après avoir traversé une quatrième tache criblée. J'ai démontré qu'il avait été induit en erreur par les apparences et que ce prétendu septum n'était autre chose que la section longitudinale de la crête acoustique de l'ampoule postérieure.

h) Le nerf ampullaire postérieur, le nerf sacculaire ne sont pas des émanations du nerf cochléaire; mais, au contraire, ils dépendent du nerf vestibulaire.

VARIA ET PÉDAGOGIE

1. Des méthodes en médecine. — Discours de rentrée des Facultés.

Par M. le Dr P. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.
(22 pages in-8°. Bordeaux, 1880.)

Dans ce discours d'apparat, j'ai cherché, par l'étude de la vie scientifique de deux hommes considérables dans les sciences médicales, Magendie et Elie Gintrac, originaires de Bordeaux, j'ai cherché, dis-je, à faire ressortir l'importance de la méthode expérimentale et à établir que le vrai médecin se forme en réunissant l'observation des malades à l'hôpital à l'expérimentation pratiquée largement dans le laboratoire.

2. La chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne.

Par le Dr P. Coyne, professeur à la Faculté de médecine.
(40 pages in-8, Bordeaux, 1880.)

Si dans cette étude j'ai cherché surtout à faire connaître la pratique chirurgicale du professeur Billroth, j'ai aussi insisté sur l'organisation de l'enseignement qui, à l'hôpital général de Vienne, est intensif, particulièrement pratique et repose sur des démonstrations de choses.

J'ai fait ressortir l'importance de cette méthode d'enseignement, toute à l'avantage des élèves à cause des grandes facilités d'instruction qui leur sont offertes par une pareille organisation.

Les professeurs y trouvent également un puissant stimulant dans les avantages matériels qu'ils en retirent. Ce sont des professeurs qui vivent surtout de l'enseignement.

3. Rapport sur la réforme des études dans les Facultés de médecine.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté de médecine.
(30 pages, Bordeaux 1892).

Ce rapport, destiné à répondre à un certain nombre de questions posées par l'administration supérieure, conclut à l'organisation d'un enseignement préparatoires aux études médicales d'un an de durée, qui joint au baccalauréat ès-lettres, permettrait de commencer des études purement médicale d'une durée de 4 ans. Dans la seconde partie de ce travail, l'auteur prévoit la distribution des divers enseignements afférant à la médecine pendant la durée de ces quatre années.

4. Du sourd-muet et de son éducation.

Par P. Coyne, professeur à la Faculté de médecine.

(*Médecin de l'institution nationale des sourdes-muettes*, Bordeaux, 1894.)

Ce travail est destiné à faire connaître ce qu'est le sourd-muet, comment on le devient et quels sont les moyens employés pour le faire entrer en communication directe avec les entendants-parlants à l'aide de l'écriture et de la parole articulée. Les documents qui m'ont servi à cette occasion provenaient, pour la partie historique, des publications de M. Clavaud, et pour ce qui concerne la pathogénie de la surdi-mutité, de mes recherches personnelles, dues à une observation qui dure depuis quatorze ans.

5. **Rapport sur l'organisation des cours et des travaux pratiques dans le nouveau régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893. — Présenté à la Faculté au nom d'une commission composée de MM. Jolyet, Figuier, de Nabias, Denigès, Sigalas, Barthe.**

Par M. Coyne, professeur à la Faculté.

(*Rapporteur*, Bordeaux, 1895.)

Ce rapport, fruit de nombreuses réunions de la commission chargée de l'élaborer comprend trois parties qui sont consacrées : 1° A l'organisation par année et par semestre des divers enseignements et des travaux pratiques qui en dépendent; 2° à l'organisation du personnel auxiliaire; 3° à la répartition des fonds affectés aux travaux pratiques.

19,150. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.